

КОНТРОЛИРУЕМАЯ ИНДУКЦИЯ ОВУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

*Лысенко О.В., Смирнова И.В., Бресский А.Г.
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) представляет собой одну из наиболее распространенных форм эндокринных нарушений у женщин репродуктивного возраста [2, 3]. С современных позиций СПКЯ рассматривается как одна из ведущих причин гиперандрогений, сопровождающаяся нарушением ритма менструации, гирсутизмом и ановуляторным бесплодием [4]. Пациентки с СПКЯ страдают ожирением, преимущественно андроида типа, которое сопряжено с увеличением синтеза биологически активных веществ, в том числе провоспалительных цитокинов. Тактика ведения больных с СПКЯ, прежде всего, направлена на коррекцию гиперандрогении, устранение ановуляции, регуляцию ритма менструаций и восстановление фертильности [1, 5].

Цель. Совершенствование метода контролируемой индукции овуляции у пациенток с СПКЯ резистентных к кломифенцитрату

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 пациенток с первичным и вторичным бесплодием, подтвержденным диагнозом СПКЯ.

Результаты и обсуждение. Возрастной диапазон пациенток составил от 29 до 34 лет. Длительность бесплодия варьировала от 3 до 7 лет. Все пациентки обследованы клинически и лабораторно согласно разработанным нами протоколам по обследованию бесплодных пар для выявления причины бесплодия. Клинический анализ крови, мочи, мазки на флору, онкоцитологию, бакпосев на флору и чувствительность к антибиотикам, биохимический анализ крови, уровень

глюкозы сыворотки крови – патологии не обнаружено. У данных пациенток RW, ИФА ABsAg, ИФА ВИЧ – отрицательные. Все пациентки обследованы на группу TORCH-инфекций. Методом ИФА определен гормональный статус пациенток (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон, 17-ОН-прогестерон, тестостерон, ДГЭАС, кортизол, ТТГ, Т4, антитела к ТГ, антитела к ТПО – согласно фазам цикла в соответствии с протоколами обследования). Концентрация ФСГ была в пределах нормативных значений; концентрация ЛГ у всех пациенток была повышена и составила $16,7 \pm 0,4$ МЕ/л; концентрации пролактина, эстрадиола, кортизола, тестостерона, гормонов щитовидной железы также находились в пределах нормативных значений. Концентрация 17-ОН прогестерона была повышена и составила $3,8 \pm 0,3$ нг/мл в 1 фазу цикла; $5,4 \pm 1,8$ нг/мл во 2 фазу цикла. Концентрация ДГЭАС также была повышена и составила $8,3 \pm 1,1$ мкг/мл.

Всем пациентки обследованы на инфекции передающиеся половым путем (ИППП) (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы) методом ПЦР – результат отрицательный.

С целью уточнения проходимости маточных труб перед контролируемой индукцией овуляции всем пациенткам произведена МСГ или ЛС, маточные трубы проходимы.

Все пациентки консультированы терапевтом с целью исключения патологии являющейся противопоказанием для беременности.

С целью исключения мужского фактора бесплодия обследованы половые партнеры (спермограмма, ИППП) патологии не обнаружено.

Всем пациенткам произведен посткоитальный тест – положительный. С целью исключения очаговой патологии молочных желез и щитовидной железы, учитывая предстоящую контролируемую индукцию овуляции произведено УЗИ.

У всех пациенток при измерении базальной температуры в течение трех менструальных циклов диагностированы ановуляторные менструальные циклы, что подтверждалось также экспресс-тестами на овуляцию.

Всем пациенткам произведено УЗИ органов малого таза, определен фолликулярный резерв и диагностированы основные УЗ-признаки СПКЯ: двустороннее симметричное увеличение яичников ($V > 12$ см³), > 10 интраовариальных кистозных включений диаметром 2-9 мм, отсутствие доминантного фолликула при динамической эхографии в течение менструального цикла, монотонность относительно высоких значений ИРмин ($0,52-0,58$) в течение всего менструального цикла.

В последующем каждой пациентке производилась фолликулометрия в цикле контролируемой индукции овуляции. Базальное УЗИ производилось на 3 день менструального цикла.

Все обследованные пациентки были кломифенрезистентны (возраст старше 30 лет, ИМТ более 25, увеличение объема яичников более 10 см³, Уровень ЛГ более 15 МЕ/л, Уровень Е2 менее 150 пмоль/л). Поэтому с целью контролируемой индукции овуляции нами назначался Хумог. 75 МЕ (человеческий менопаузальный гонадотропин, содержащий ФСГ и ЛГ в соотношении 1:1) согласно инструкции по применению с 3 дня менструального цикла по 75 МЕ в/м индивидуально в зависимости от данных фолликулометрии. Размер пикирующего фолликула на фоне введения препарата составил $20,1 \pm 0,3$ мм, толщина эндометрия – $8,9 \pm 0,4$ мм. По достижении доминантного фолликула 18 мм и толщине эндометрия не менее 8 мм назначались триггеры овуляции (чХГ

- Прегнил в дозировке 10000 МЕ или рХГ Овитрел в дозировке 6500 МЕ). Овуляция диагностирована в 100% случаев через 2 ± 1 дня.

С целью поддержки лютеиновой фазы цикла, секреторной трансформации пролиферативного эндометрия, секреции протеинов, подготовки эндометрия к инвазии трофобласта, покоя матки за счет снижения простагландинов и окситоцина нами использовался эндогенный микронизированный прогестерон Утрожестан, химическая структура которого на 100% идентична эндогенному прогестерону вагинально в дозировке 200 мг 2 раза в сутки. В середину лютеиновой фазы производилось УЗИ: размер желтого тела составил $17,4\pm 0,6$ мм, а эндометрий соответствовал всем УЗ-характеристикам лютеиновой фазы, толщина его составила $12,5\pm 0,6$ мм.

Непереносимости и каких-либо побочных эффектов на введение препаратов отмечено не было.

Выводы. У пациенток с СПКЯ и резистентностью к кломифенинтрату оптимальным методом контролируемой индукции овуляции может являться назначение мочевых гонадотропинов с поддержкой лютеиновой фазы натуральным микронизированным прогестероном.

Литература:

1 Исакова, А.В. Подготовка эндометрия у пациенток в программе «Донорство ооцитов» (обзор литературы) / А.В. Исакова // Проблемы репродукции. – 2003. – №6. – С. 42-48.

2.Назаренко, Т.А. Синдром поликистозных яичников / Т.А. Назаренко. – М: МЕДпресс-информ, 2005. – 208 с.

3.Назаренко, Т.А. Стимуляция функции яичников / Т.А. Назаренко. – М: МЕДпресс-информ, 2009. – 272 с.

4. Обоснование дифференциального подхода к индукции овуляции при лечении бесплодия больных с СПКЯ / Т.А. Назаренко [и др.] // Проблемы репродукции. – 2002. – №3. – С. 53-56.

5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. – М: ГОЭТАР-Медиа, 2007. – С. 845-919.